

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 1 de 20

ANSIEDADE, PÂNICO E DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rastreamento, diagnóstico, cuidado escalonado, manejo do risco de suicídio e articulação com a RAPS

Elaboração

Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar

Revisão

Equipe técnica da Atenção Primária à Saúde
Coordenações das áreas técnicas correspondentes

Cajamar/SP

2026

Secretário Municipal de Saúde

Daniel de Freitas

Prefeito Municipal

Kauan Berto Sousa Santos

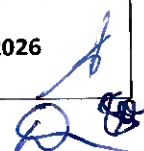
Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 2 de 20

IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Título	Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária
Código do documento	APS-CAJ-SM-001
Versão	2.0
Vigência	Agosto de 2026 a agosto de 2028 — revisão obrigatória em 24 meses ou antes, em caso de atualização das normativas de referência
Público-alvo	Equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde
Elaboração	Diretoria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar
Revisão	Equipe técnica da Atenção Primária à Saúde; Coordenações das áreas técnicas correspondentes
Aprovação	Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 3 de 20

Sumário

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA.....	6
1.1 Bases de dados consultadas e documentos norteadores	6
1.2 Palavras-chave	6
1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes	6
2. INTRODUÇÃO	7
3. JUSTIFICATIVA	7
4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)	7
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL.....	8
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO — PESSOAS ELEGÍVEIS	8
7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO — PESSOAS NÃO ELEGÍVEIS.....	9
8. CONTRAINDICAÇÕES.....	9
8.1 Contraindicações absolutas.....	9
8.2 Contraindicações relativas.....	9
9. OBJETIVO	10
10. ABRANGÊNCIA E BASE NORMATIVA	10
11. MAGNITUDE DO PROBLEMA	10
12. RASTREAMENTO	11
13. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.....	12
13.1 Transtorno de ansiedade generalizada	12
13.2 Transtorno de pânico.....	12
13.3 Transtorno depressivo maior	12
14. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CAUSAS ORGÂNICAS	13
15. CUIDADO ESCALONADO	13
16. MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO	14

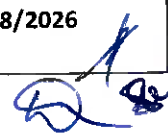
Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 4 de 20

17. MANEJO FARMACOLÓGICO	14
17.1 Algoritmo de condução	15
18. AVALIAÇÃO E MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO	15
19. SEGUIMENTO E ARTICULAÇÃO COM A RAPS.....	16
20. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL	17
20.1 Agente Comunitário de Saúde.....	17
20.2 Auxiliar e Técnico de Enfermagem	17
20.3 Enfermeiro	17
20.4 Médico	17
20.5 Psicólogo e demais profissionais da equipe multiprofissional	17
20.6 Rede de Atenção Psicossocial.....	18
20.7 Gestão da unidade e Diretoria de Atenção Primária à Saúde	18
21. MONITORIZAÇÃO	18
21.1 Indicadores	18
22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 5 de 20

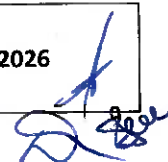
APRESENTAÇÃO

Os transtornos mentais comuns estão entre os motivos mais frequentes de consulta na Atenção Primária e entre os menos reconhecidos. A depressão acomete 10,2% da população adulta brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, e a maior parte desses casos é atendida — ou deveria ser — na rede básica.

Este protocolo organiza o rastreamento com instrumentos validados, o diagnóstico clínico, o cuidado escalonado conforme a gravidade e, de forma destacada, a avaliação e o manejo do risco de suicídio.

Esta é a versão 2.0. A versão anterior continha trechos residuais de edição, atribuição de dados a fontes não verificáveis, citação normativa incorreta e identificação equivocada de instrumento de rastreamento — todos corrigidos.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 6 de 20

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1 Bases de dados consultadas e documentos norteadores.

Este protocolo foi elaborado com base nas fontes normativas e científicas relacionadas a seguir, consultadas nos portais oficiais do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, da Biblioteca Virtual em Saúde e das sociedades científicas de referência:

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 — proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais.
- Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 — institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 2017.
- *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais — DSM-5-TR* — American Psychiatric Association, 2022.
- *Classificação Internacional de Doenças — CID-11* — Organização Mundial da Saúde, em vigor desde 2022.
- *mhGAP Intervention Guide* — Organização Mundial da Saúde, edição vigente.
- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. *The PHQ-9*. J Gen Intern Med, 2001; SPITZER, R. L. et al. *The GAD-7*. Arch Intern Med, 2006.
- *Pesquisa Nacional de Saúde 2019* — IBGE, 2020.
- Política Nacional de Atenção Básica — Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
- Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024 — cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2).

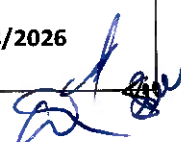
1.2 Palavras-chave.

Transtornos de Ansiedade; Transtorno de Pânico; Transtorno Depressivo Maior; Suicídio; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.

Para a seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos 10 anos, priorizando-se, sempre que existentes, as edições mais recentes das normativas do Ministério da Saúde e das diretrizes das sociedades científicas de referência. Foram utilizados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, portarias, manuais técnicos, linhas de cuidado, diretrizes de sociedades científicas nacionais e internacionais e artigos científicos indexados. **Toda recomendação deste protocolo está datada e vinculada à sua fonte; quando um dado não pôde ser confirmado no**

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 7 de 20

documento primário, essa limitação está declarada de forma expressa no corpo do texto, em vez de ser substituída por estimativa.

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária é o principal ponto de contato das pessoas com sofrimento psíquico com o sistema de saúde. Reconhecer, tratar o que é tratável nesse nível e encaminhar o que excede sua capacidade é atribuição da equipe, não do serviço especializado.

O cuidado escalonado organiza essa resposta: intervenções não farmacológicas como primeira linha nos quadros leves, associação de farmacoterapia e psicoterapia nos moderados e graves, e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial nas situações de risco elevado, de refratariedade ou de comorbidade grave.

A avaliação do risco de suicídio é parte obrigatória de toda consulta de saúde mental. Perguntar de forma direta e acolhedora **reduz** o risco; a omissão da pergunta é a falha mais comum e mais grave.

3. JUSTIFICATIVA

A revisão identificou, no documento anterior: trechos residuais de edição não pertencentes ao protocolo; atribuição de dados de prevalência a fontes não verificáveis; citação da Rede de Atenção Psicossocial como "Lei nº 3.088/2011", quando se trata da **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**; e identificação incorreta de instrumento de rastreamento para transtorno de pânico.

Identificou-se também a apresentação do chamado "contrato de não suicídio" como conduta central em todos os níveis de risco, prática de eficácia não demonstrada como medida isolada de proteção, substituída nesta versão pelo **plano de segurança**.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Códigos da CID-10 abrangidos por este protocolo:

- F41.1 — Transtorno de ansiedade generalizada;
- F41.0 — Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica];
- F32 — Episódios depressivos; F33 — Transtorno depressivo recorrente;
- F43 — Reação a estresse grave e transtornos de adaptação;
- X60 a X84 — Lesões autoprovocadas intencionalmente;
- Z91.5 — História pessoal de autoagressão.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 8 de 20

Códigos correspondentes da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2), de uso no registro do prontuário eletrônico:

- P74 — Transtorno de ansiedade e estado de ansiedade;
- P76 — Depressão;
- P77 — Suicídio e tentativa de suicídio;
- P01 — Sensação de ansiedade, nervosismo ou tensão;
- P03 — Sensação de depressão.

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O rastreamento utiliza instrumentos autoaplicáveis validados para o português do Brasil — o **PHQ-9** para depressão e o **GAD-7** para ansiedade generalizada —, aplicáveis por qualquer profissional de nível superior da equipe.

OS INSTRUMENTOS NÃO SUBSTITUEM O DIAGNÓSTICO

As escalas servem ao rastreamento, à graduação da gravidade e ao acompanhamento da resposta terapêutica. O diagnóstico é clínico, feito por entrevista, e exige exclusão de causas orgânicas e de uso de substâncias.

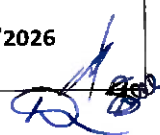
O diagnóstico segue os critérios do DSM-5-TR (2022) e da CID-11, com atenção particular ao **rastreio de episódio prévio de mania ou hipomania antes de prescrever antidepressivo**, uma vez que a monoterapia com antidepressivo em pessoa com transtorno bipolar pode desencadear virada maníaca ou ciclagem rápida.

A investigação de causas orgânicas e de substâncias é obrigatória: distúrbios tireoidianos, anemia, doenças cardiovasculares e respiratórias, dor crônica, deficiência de vitamina B12, medicamentos e substâncias — incluindo cafeína, álcool e a abstinência de benzodiazepínicos.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO — PESSOAS ELEGÍVEIS

São elegíveis a este protocolo:

- Pessoas com sintomas de ansiedade, de pânico ou de depressão atendidas na Atenção Primária, com rastreamento positivo ou suspeita clínica.
- Pessoas com transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico ou transtorno depressivo maior de intensidade leve, moderada ou grave, em cuidado escalonado.
- Pessoas com **risco de suicídio de qualquer nível**, para avaliação, plano de segurança e definição do ponto de atenção.
- Pessoas em seguimento após alta de serviço especializado, para manutenção do cuidado longitudinal.
- Familiares e cuidadores, para orientação e suporte.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 9 de 20

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO — PESSOAS NÃO ELEGÍVEIS

Não são elegíveis a este protocolo, devendo seguir o fluxo indicado em cada item:

- **Pessoas com sintomas psicóticos** — delírios, alucinações, desorganização do pensamento: encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial ou à atenção especializada.
- **Pessoas com suspeita ou diagnóstico de transtorno bipolar**: o manejo farmacológico requer avaliação especializada antes do início de antidepressivo.
- **Pessoas com risco de suicídio alto** — plano e meios disponíveis, intenção presente ou tentativa recente: emergência, com aplicação do protocolo APS-CAJ-UE-001 e acionamento do SAMU 192 ou do serviço de urgência psiquiátrica.
- **Pessoas com uso prejudicial grave de substâncias** que exija desintoxicação assistida.
- **Crianças e adolescentes com quadro moderado a grave**: avaliação compartilhada com serviço especializado.
- **Gestantes e puérperas com quadro moderado a grave**: cuidado compartilhado, dada a necessidade de avaliação de risco fetal e neonatal da farmacoterapia.

8. CONTRAINDICAÇÕES

As contraindicações referem-se às classes farmacológicas empregadas neste protocolo.

8.1 Contraindicações absolutas

- **Antidepressivo em monoterapia diante de suspeita ou de diagnóstico de transtorno bipolar**, pelo risco de virada maníaca e de ciclagem rápida.
- **Associação de dois antidepressivos serotoninérgicos sem indicação e monitorização**, pelo risco de síndrome serotoninérgica.
- **Antidepressivos tricíclicos** em pessoa com bloqueio de condução cardíaca ou arritmia significativa, e diante de risco de superdosagem intencional, pela alta letalidade em ingestão excessiva.
- **Bupropiona** em pessoa com epilepsia, com risco convulsivo elevado ou com transtorno alimentar.
- **Suspensão abrupta de antidepressivo**: a retirada é sempre gradual.
- **Alta de pessoa com risco de suicídio alto sem acompanhamento definido e sem remoção acionada**.

8.2 Contraindicações relativas

- **Benzodiazepínicos**: risco de dependência, de quedas e de comprometimento cognitivo, sobretudo em pessoas idosas. Uso pontual e por período curto, com data de suspensão definida desde a prescrição inicial. **Não constituem tratamento de manutenção**.
- **Inibidores seletivos da recaptção de serotonina** em pessoa com risco de sangramento ou em uso de anticoagulante ou de anti-inflamatório.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianaual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 10 de 20

- **Venlafaxina** em pessoa com hipertensão arterial não controlada: monitorar a pressão.
- **Início de antidepressivo sem seguimento próximo nas primeiras semanas**, período de maior risco de ideação suicida, especialmente em jovens.
- **Gestação e lactação**: exigem avaliação individualizada da relação entre risco e benefício.

NOTA DE REVISÃO

A versão anterior deste documento continha: trechos residuais de edição não pertencentes ao protocolo; atribuição de dados de prevalência a fontes não verificáveis; citação da Rede de Atenção Psicossocial como "Lei nº 3.088/2011", quando se trata da **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**; e identificação incorreta de instrumento de rastreamento. Todos esses pontos foram corrigidos. Os dados de prevalência passam a vir da **Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE)**, fonte oficial e verificável.

9. OBJETIVO

Padronizar o rastreamento, a avaliação diagnóstica, o cuidado escalonado e o encaminhamento das pessoas com transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno depressivo maior na Atenção Primária à Saúde, com ênfase no manejo do risco de suicídio e na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

10. ABRANGÊNCIA E BASE NORMATIVA

- Equipe multiprofissional da APS: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, equipes multiprofissionais e agentes comunitários de saúde.
- **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001** — dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** — institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 2017.
- *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais — DSM-5-TR*. American Psychiatric Association, 2022.
- *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde — CID-11*. Organização Mundial da Saúde, em vigor desde 2022.
- *mhGAP Intervention Guide* — Organização Mundial da Saúde, edição vigente.

11. MAGNITUDE DO PROBLEMA

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE), na população brasileira com 18 anos ou mais:

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 11 de 20

- **10,2% relataram diagnóstico de depressão** — cerca de 16,3 milhões de pessoas —, com prevalência de **14,7% entre mulheres** e **5,1% entre homens**. Em 2013, a prevalência era de 7,6%.
- A depressão figura entre as condições crônicas mais prevalentes, ao lado da hipertensão arterial (23,9%) e do problema crônico de coluna (21,6%).

Limitação declarada: não foram localizados, em fonte oficial verificável, dados nacionais consolidados de prevalência específica do transtorno de ansiedade generalizada e do transtorno de pânico. A versão anterior deste protocolo apresentava percentuais atribuídos a fontes não identificáveis, que foram retirados em vez de reproduzidos.

12. RASTREAMENTO

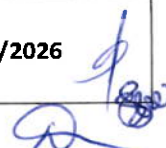
Utilizar instrumentos autoaplicáveis validados para o português do Brasil, aplicados por qualquer profissional de nível superior da equipe.

Instrumento	Objeto	Estrutura	Pontos de corte
PHQ-9	Depressão	9 itens, de 0 a 3 pontos cada; total de 0 a 27, referente às duas últimas semanas	0 a 4 mínimo; 5 a 9 leve; 10 a 14 moderado; 15 a 19 moderadamente grave; 20 ou mais grave. Corte de rastreamento: 10 ou mais.
GAD-7	Ansiedade generalizada	7 itens, de 0 a 3 pontos cada; total de 0 a 21, referente às duas últimas semanas	0 a 4 mínimo; 5 a 9 leve; 10 a 14 moderado; 15 ou mais grave. Corte de rastreamento: 10 ou mais.
PHQ-2	Triagem ultrarrápida de depressão	2 itens	Resultado positivo indica aplicação do PHQ-9 completo
Item 9 do PHQ-9	Ideação suicida	Item único	Qualquer resposta diferente de zero exige avaliação imediata do risco de suicídio

Nota sobre validação: PHQ-9 e GAD-7 dispõem de versões validadas para o português do Brasil e são de uso livre. A versão anterior deste protocolo atribuía a validação a referências específicas cuja exatidão não pôde ser confirmada, e citava o instrumento "BSPS" como questionário de sensações corporais para pânico — **identificação incorreta**, uma vez que a sigla BSPS corresponde à escala de fobia social. A referência foi retirada. Para o transtorno de pânico, a avaliação na APS é clínica, conforme os critérios diagnósticos.

OS INSTRUMENTOS NÃO SUBSTITUEM O DIAGNÓSTICO

As escalas servem ao rastreamento, à graduação da gravidade e ao acompanhamento da resposta terapêutica. **O diagnóstico é clínico**, feito por entrevista, e exige exclusão de causas orgânicas e de uso de substâncias.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 12 de 20

13. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

13.1 Transtorno de ansiedade generalizada

- Preocupação e ansiedade excessivas, presentes na maioria dos dias por **pelo menos 6 meses**, acerca de diversos eventos ou atividades.
- Dificuldade de controlar a preocupação.
- Associação a **três ou mais** dos seguintes sintomas, presentes na maioria dos dias: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono.
- Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo social, profissional ou em outra área importante.
- Não atribuível a substância ou a outra condição médica, nem melhor explicado por outro transtorno mental.

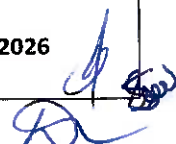
13.2 Transtorno de pânico

- Ataques de pânico recorrentes e inesperados — surto abrupto de medo ou desconforto intenso, com pico em minutos, contendo **quatro ou mais** sintomas entre: palpitações; sudorese; tremores; sensação de falta de ar; sensação de asfixia; dor torácica; náusea; tontura; calafrios ou ondas de calor; parestesias; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle; medo de morrer.
- Seguidos, por **pelo menos 1 mês**, de preocupação persistente com novos ataques ou de mudança desadaptativa de comportamento relacionada a eles.
- Não atribuível a substância ou a outra condição médica, nem melhor explicado por outro transtorno mental.

13.3 Transtorno depressivo maior

- **Cinco ou mais** sintomas presentes por **pelo menos 2 semanas**, representando mudança em relação ao funcionamento prévio, sendo pelo menos um deles **humor deprimido** ou **anedonia**.
- Sintomas: humor deprimido na maior parte do dia; **redução acentuada do interesse ou do prazer**; alteração de peso ou de apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor observáveis; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; redução da concentração ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, plano ou tentativa.
- Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional.
- Não atribuível a substância ou a condição médica; **nunca houve episódio de mania ou hipomania** — a presença deles indica transtorno bipolar e altera integralmente a conduta.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 13 de 20

RASTREAR BIPOLARIDADE ANTES DE PRESCREVER ANTIDEPRESSIVO

Investigar ativamente história de episódio de elevação do humor, redução da necessidade de sono com aumento de energia, aceleração do pensamento, gastos excessivos ou impulsividade atípica. **O antidepressivo em monoterapia em pessoa com transtorno bipolar pode desencadear virada maníaca ou ciclagem rápida.** Havendo suspeita, encaminhar antes de iniciar o tratamento.

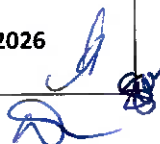
14. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CAUSAS ORGÂNICAS

Categoria	Exemplos
Condições clínicas	Hipertireoidismo e hipotireoidismo; hiperparatireoidismo; anemia; arritmias e outras doenças cardiovasculares; asma e DPOC; dor crônica; doenças do aparelho digestivo; deficiência de vitamina B12; síndrome climatérica
Condições neurológicas	Doença de Parkinson; acidente vascular cerebral; demência; epilepsia; tumor do sistema nervoso central
Medicamentos	Corticosteroides; anticonvulsivantes; broncodilatadores; alguns antimicrobianos; digitálicos em nível tóxico; anti-inflamatórios; bloqueadores dos canais de cálcio; os próprios inibidores seletivos da recaptação de serotonina podem provocar ativação nas primeiras semanas
Substâncias	Cafeína; álcool, incluindo a abstinência; nicotina; cocaína e outros estimulantes; abstinência de benzodiazepínicos
Situações da vida	Luto; violência doméstica; insegurança alimentar; desemprego; sobrecarga de cuidado. O sofrimento decorrente de determinante social não deve ser automaticamente medicalizado, mas também não pode ser desassistido.

Exames a considerar na investigação inicial, conforme a suspeita clínica: hemograma, glicemia, TSH, e outros orientados pela história e pelo exame físico. **Não há indicação de painel laboratorial extenso de rotina** em quadro típico e sem sinais de organicidade.

15. CUIDADO ESCALONADO

Gravidade	Conduta
Leve	Intervenções não farmacológicas como primeira linha: psicoeducação; atividade física regular; higiene do sono; redução de cafeína e álcool; suporte social e grupos comunitários; psicoterapia quando disponível. Reavaliar em 4 a 6 semanas.
Moderada a grave	Farmacoterapia associada a psicoterapia. Seguimento próximo, sobretudo nas primeiras semanas.
Crise aguda de pânico	Acolhimento, ambiente calmo, orientação respiratória, exclusão de causa orgânica. Benzodiazepínico apenas pontualmente, quando estritamente necessário, com registro da justificativa.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária			Página 14 de 20

Gravidade	Conduta
Risco de suicídio elevado, refratariedade ou comorbidade grave	Articulação com o Centro de Atenção Psicossocial e com a atenção especializada.

16. MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- **Psicoterapia** — a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal têm eficácia estabelecida em ansiedade e depressão.
- **Atividade física regular** — cerca de 150 minutos semanais de atividade aeróbica de intensidade moderada.
- **Higiene do sono** e regularidade de horários.
- **Redução de cafeína, álcool e nicotina.**
- **Resolução de problemas psicossociais**, com identificação dos estressores e articulação intersetorial quando necessário.
- **Suporte comunitário e territorial**, com apoio da equipe multiprofissional e dos dispositivos da RAPS.

17. MANEJO FARMACOLÓGICO

VERIFICAR A DISPONIBILIDADE ANTES DE PRESCREVER

Nem todos os fármacos citados constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ou da relação municipal. **Conferir a padronização vigente antes da prescrição**, priorizando os fármacos disponíveis na rede, o que é determinante para a adesão e a continuidade do tratamento.

Linha	Fármacos e faixas de dose	Considerações
1ª linha — ISRS	Sertralina 50 a 200 mg/dia; fluoxetina 20 a 60 mg/dia; escitalopram 10 a 20 mg/dia; paroxetina 20 a 60 mg/dia	Iniciar com metade da dose na primeira semana, sobretudo em transtornos ansiosos, pelo risco de ativação inicial. Metade da dose inicial em pessoas idosas e em cardiopatas. Vigilância intensificada nas primeiras semanas pelo risco de ideação suicida, especialmente em jovens.
2ª linha — ISRSN	Venlafaxina 75 a 225 mg/dia; duloxetina 30 a 60 mg/dia	Monitorar a pressão arterial com a venlafaxina. A duloxetina pode ser útil quando há dor crônica associada.
Tricíclicos	Amitriptilina, nortriptilina, clomipramina e imipramina, em doses tituladas	Evitar em cardiopatas, em pessoas idosas frágeis e diante de risco de superdosagem , pela letalidade em ingestão excessiva. Atenção a efeitos anticolinérgicos.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 15 de 20

Linha	Fármacos e faixas de dose	Considerações
Adjuvantes e 3ª linha	Antipsicótico atípico; gabapentinoides; bupropiona; lítio	Preferencialmente com avaliação especializada. Evitar bupropiona em risco convulsivo. Não usar antidepressivo em monoterapia diante de suspeita de transtorno bipolar.
Benzodiazepínicos	Uso pontual e por período curto	Risco de dependência, de quedas e de comprometimento cognitivo, sobretudo em pessoas idosas. Não devem constituir tratamento de manutenção. Definir data de suspensão desde a prescrição inicial e realizar retirada gradual.

17.1 Algoritmo de condução

1. Iniciar inibidor seletivo da recaptação de serotonina associado a psicoterapia.
2. Reavaliar em 4 semanas; ajustar a dose a cada 4 a 6 semanas conforme a resposta e a tolerância.
3. Diante de resposta insuficiente, trocar por outro fármaco da mesma classe ou por um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina.
4. Após duas falhas terapêuticas adequadas em dose e duração, considerar terceira linha ou encaminhamento especializado.
5. **Manutenção:** manter o tratamento por período prolongado após a remissão, com a dose que produziu a remissão. Em episódios recorrentes ou graves, considerar manutenção por tempo indeterminado, com reavaliação periódica.
6. **Retirada sempre gradual**, ao longo de semanas, para reduzir sintomas de descontinuação. **Nunca suspender abruptamente.**

18. AVALIAÇÃO E MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO

A avaliação do risco de suicídio deve integrar toda consulta de saúde mental e ser realizada sempre que o item 9 do PHQ-9 for diferente de zero.

PERGUNTAR SOBRE SUICÍDIO NÃO INDUZ AO SUICÍDIO

Perguntar de forma direta, acolhedora e sem julgamento **reduz** o risco e abre espaço para o cuidado. A omissão da pergunta é a falha mais comum e mais grave na avaliação.

Investigar de forma progressiva: sentimento de que a vida não vale a pena; desejo de morrer; ideiação de tirar a própria vida; existência de plano; disponibilidade de meios; tentativas prévias; comportamentos preparatórios; e, em contrapartida, fatores de proteção — vínculos, responsabilidades, projetos, rede de apoio.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 16 de 20

Nível de risco	Caracterização	Conduta na APS
Baixo	Ideação sem plano e sem intenção; fatores de proteção presentes	Escuta acolhedora; fortalecimento do vínculo e da rede de apoio; início do tratamento; acompanhamento com intervalo curto , semanal ou quinzenal; orientação à família com consentimento; registro completo.
Médio	Plano presente, sem intenção imediata; meios não disponíveis de imediato	Envolver família ou pessoa de confiança; restringir o acesso a meios , incluindo medicamentos e armas; construir plano de segurança escrito com o usuário; encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial em até 24 horas ; contato ativo entre as consultas.
Alto	Plano e meios disponíveis; intenção presente; agitação; tentativa recente	Emergência. Não deixar a pessoa sozinha em nenhum momento; remover os meios; acionar SAMU 192 e serviço de urgência psiquiátrica; comunicar a família; registrar integralmente. Aplicar o protocolo APS-CAJ-UE-001 se houver comprometimento clínico.

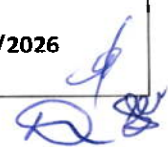
Sobre o "contrato de não suicídio": trata-se de prática de eficácia não demonstrada como medida isolada de proteção e **não substitui** o plano de segurança, a restrição de acesso a meios e a vigilância clínica. A versão anterior deste protocolo o apresentava como conduta central em todos os níveis de risco; nesta revisão, é substituído pelo **plano de segurança construído com o usuário**.

Notificação: a violência autoprovocada é de **notificação compulsória imediata**, conforme a normativa vigente do Ministério da Saúde. A tentativa de suicídio deve ser notificada no sistema de informação de agravos.

19. SEGUIMENTO E ARTICULAÇÃO COM A RAPS

- **Frequência das reavaliações:** semanal no início do tratamento; quinzenal na fase de estabilização; mensal na manutenção.
- **Critério de resposta:** redução de 50% ou mais no escore do instrumento aplicado, acompanhada de melhora funcional.
- **Critérios de encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial ou à atenção especializada:** risco de suicídio médio ou alto; sintomas psicóticos; suspeita de transtorno bipolar; falha terapêutica após duas tentativas adequadas; uso prejudicial de substâncias; comorbidade grave; gestação ou puerpério com transtorno moderado a grave.
- **O encaminhamento não encerra o vínculo:** a APS mantém a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal e pelo cuidado integral, articulando-se com os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 17 de 20

- **Matriciamento** periódico com a equipe de saúde mental, para discussão de casos e qualificação da equipe.

20. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

O cuidado é multiprofissional. Apresentam-se a seguir as atribuições de cada categoria no âmbito deste protocolo, respeitados os limites legais de cada profissão.

20.1 Agente Comunitário de Saúde

- Identificar pessoas em sofrimento psíquico e situações de vulnerabilidade no território.
- Realizar busca ativa de faltosos, atribuição crítica em saúde mental.
- Comunicar imediatamente à equipe qualquer relato de ideação suicida.
- Apoiar o vínculo com os dispositivos comunitários e da Rede de Atenção Psicossocial.

20.2 Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Aplicar os instrumentos de rastreamento sob supervisão, quando capacitado.
- Acolher com escuta qualificada e sem julgamento.
- **Comunicar imediatamente ao enfermeiro ou ao médico qualquer resposta positiva ao item de ideação suicida.**

20.3 Enfermeiro

- Realizar a consulta de enfermagem e aplicar os instrumentos de rastreamento.
- Avaliar o risco de suicídio e construir o plano de segurança com a pessoa.
- Coordenar os grupos terapêuticos e as ações de educação em saúde.
- Articular-se com o Centro de Atenção Psicossocial.

20.4 Médico

- Firmar o diagnóstico clínico e afastar causas orgânicas e induzidas por substâncias.
- **Rastrear episódio prévio de mania ou hipomania antes de prescrever antidepressivo.**
- Definir e conduzir a farmacoterapia, com seguimento próximo nas primeiras semanas.
- Avaliar o risco de suicídio em toda consulta e registrar.
- Definir o encaminhamento e manter o cuidado compartilhado.

20.5 Psicólogo e demais profissionais da equipe multiprofissional

- Realizar psicoterapia e intervenções psicossociais conforme o núcleo profissional.
- Participar do matriciamento e da construção do projeto terapêutico singular.
- Desenvolver ações de promoção da saúde mental no território.

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: BIANUAL
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 18 de 20

20.6 Rede de Atenção Psicossocial

- Acolher os casos encaminhados e manter a comunicação com a equipe da Atenção Primária.
- Realizar o matriciamento periódico das equipes.
- Devolver à Atenção Primária o plano de seguimento após a estabilização.

20.7 Gestão da unidade e Diretoria de Atenção Primária à Saúde

- Garantir a disponibilidade dos insumos, dos medicamentos e dos equipamentos previstos.
- Organizar a agenda e o fluxo de acesso de modo a viabilizar a aplicação deste protocolo.
- Promover a educação permanente das equipes.
- Monitorar os indicadores e devolver os resultados às equipes.

21. MONITORIZAÇÃO

As unidades deverão monitorar a aplicação deste protocolo por meio de:

- Verificação, em auditoria de prontuário, do registro da avaliação de risco de suicídio em toda consulta de saúde mental.
- Acompanhamento nominal das pessoas com rastreamento positivo até a avaliação clínica.
- **Notificação de toda violência autoprovocada**, de notificação compulsória imediata, ao sistema de informação de agravos.
- Acompanhamento das prescrições de benzodiazepínico, com verificação da data de reavaliação definida.
- Reuniões periódicas de matriciamento com a equipe de saúde mental.

21.1 Indicadores

Indicador	Meta
Proporção de pessoas com rastreamento positivo que receberam avaliação clínica em até 30 dias	≥ 90%
Proporção de pessoas em tratamento com instrumento reaplicado em 4 a 6 semanas	≥ 80%
Proporção de consultas de saúde mental com avaliação de risco de suicídio registrada	100%
Proporção de casos de risco alto com acionamento de urgência registrado	100%
Proporção de tentativas de suicídio notificadas	100%
Proporção de prescrições de benzodiazepínico com data de reavaliação definida	100%

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

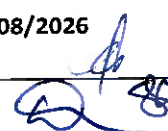
	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 19 de 20

22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ao final de cada referência, entre colchetes, indica-se a **seção deste protocolo em que ela foi utilizada**, conforme solicitado no padrão editorial da Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar.

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais — DSM-5-TR*. 5. ed., texto revisado. Washington: APA, 2022. [Utilizada em: *Diagnóstico clínico ou situacional — critérios diagnósticos*]
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde — CID-11*. Genebra: OMS, em vigor desde 2022. [Utilizada em: *Diagnóstico clínico ou situacional*]
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Genebra: WHO. Edição vigente. [Utilizada em: *Metodologia de busca da literatura; Cuidado escalonado*]
4. BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília, 2001. [Utilizada em: *Metodologia de busca da literatura; Base normativa*]
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 2011. [Utilizada em: *Metodologia de busca da literatura; Base normativa; Seguimento e articulação com a RAPS*]
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 — Anexo III: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília: MS, 2017. (Consolida, entre outras, a Portaria GM/MS nº 1.600/2011.) [Utilizada em: *Metodologia de busca da literatura; Base normativa*]
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS, 2017. (Consolidada no Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.) [Utilizada em: *Metodologia de busca da literatura*]
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. [Utilizada em: *Justificativa; Magnitude do problema*]
9. KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001. [Utilizada em: *Rastreamento*]
10. SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006. [Utilizada em: *Rastreamento*]
11. AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 22 out. 2025. Partes 1 a 12. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. [Utilizada em: *Card e auxílios cognitivos — remissão*]

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-SM-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária		Página 20 de 20

Elaboração e ciência:

Elaborado por:	Função	Assinatura
Jaqueline G. Silva	Coordenadora de Enfermagem APS	Jaqueline Gomes da Silva Coord. de Enfermagem COREN-SP 403936
Antônio Victor S. Pepe	Coordenador Médico APS	Dr. Antonio Victor Silva Pepe Coordenador Médico da APS CRM-SP 167714

Aprovado:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário de Saúde	

Procedimento Operacional Padrão – Ansiedade, Pânico e Depressão na Atenção Primária	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--